

Разрешение на разглашение медицинской информации

Важная информация

Чтобы разрешить Partnership HealthPlan of California или другой организации раскрыть вашу медицинскую информацию, вы должны сначала дать свое разрешение. Заполните эту форму и отправьте ее по следующему адресу:

Partnership HealthPlan of California
 Attn: Member Services
 4665 Business Center Drive
 Fairfield, CA 94534
 Факс: (707) 420-7580

Сведения об участнике

Имя:

Фамилия:

Адрес:

Номер телефона:

Дата рождения:

Идент. №/СIN
 участника :

Я запрашиваю (прошу) и разрешаю _____
 предоставить указанную ниже медицинскую информацию участника, указанную выше,
 физическому или юридическому лицу, указанному ниже:

Имя и фамилия:

Адрес:

Номер телефона:

Номер факса:

Для следующих
 конкретных целей:

Личное
 использование

Использование с
 юридическими
 целями

Компенсация
 работникам

Лечение

Определение
 приемлемости

Определение
 инвалидности

Иное:

Конкретная дата (даты)
 оказания услуги:

С: _____ По: _____

**Это разрешение ограничено медицинской информацией, проверенной ниже.
(Обратите внимание, что конфиденциальная информация о состоянии здоровья,
приведенная ниже, требует отдельной подписи.)**

Копии записей или информации о состоянии здоровья, *кроме* конфиденциальной медицинской информации.

Копии записей или информации о состоянии здоровья, *включая* конфиденциальную информацию, указанную ниже.

Лечение психических заболеваний

Лечение ЗППП

Подпись участника или личного представителя

Подпись участника или личного представителя

Лечение расстройств, связанных с употреблением психоактивных веществ

Описание информации, относящейся к расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ:

Подпись участника или личного представителя

Медицинская информация, относящаяся к следующему конкретному поставщику медицинских услуг, лечению или состоянию:

Истечение срока действия разрешения

Срок действия этого разрешения истекает (заканчивается) ровно через год, если вы не выберете другую дату ниже. Срок действия этого разрешения истекает в следующую дату (дата обязательна): _____

Подпись участника

Я понимаю, что компания Partnership HealthPlan of California и прочие организации и частные лица, такие как врачи, больницы и планы медицинского страхования, по закону обязаны защищать конфиденциальность моей медицинской информации. В соответствии с законодательством штата Калифорния получателю моей медицинской информации запрещено повторно раскрывать (передавать) эту информацию, за исключением случаев, когда это требуется или разрешено законом.

Я также понимаю, что, если я дам разрешение на передачу моей медицинской информации кому-то, кто по закону не обязан сохранять ее конфиденциальность, она может больше не быть защищена федеральными законами о конфиденциальности.

ВАШИ ПРАВА

Данное разрешение на разглашение медицинской информации является добровольным (не является обязательным).

Лечение, оплата, зачисление в план страхования или оценка права на участие в плане не зависит от подписания данного разрешения, за исключением следующих случаев:

- (1) осуществления лечения в рамках научного исследования;
- (2) получения информации в связи с соответствием критериям или зачислением в план медицинского страхования;
- (3) оценки обязательств лица по запросу на оплату;
- (4) создания медицинской информации для предоставления третьим лицам.

Это разрешение может быть отозвано (отменено) в любое время. Для этого необходимо позвонить в отдел обслуживания участников по телефону **(800) 863-4155** или отправить подписанный запрос по следующему адресу:

Partnership HealthPlan of California
Отдел обслуживания участников страхового плана
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534
Факс: (707) 863-4415

Отмена разрешения вступает в силу с момента получения уведомления Партнерством. Однако ваш отзыв или аннулирование разрешения не повлияет на права лиц, действовавших на основании данного разрешения до получения уведомления о его отзыве или аннулировании.

Вы имеете право получить копию данного разрешения.

Подпись

Дата

Имя и фамилия печатными буквами

Кем приходится участнику